UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 154

CANCER DU SEIN ET GROSSESSE

THÈSE

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE DEVANT LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

LE 22 MAI 1920

PAR

Henri DE KERKHOVE

Né le 4 octobre 1892 à Barcelone (Espagne)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

DE ROUVILLE, Professeur, *Président.*
ESTOR, Professeur.
RICHE, Agrégé. } *Assesseurs.*
P. DELMAS, Agrégé.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE DE LA MANUFACTURE DE LA CHARITÉ
(Pierre-Rouge)

1920

CANCER DU SEIN

ET GROSSESSE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 154

CANCER DU SEIN ET GROSSESSE

THÈSE

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE DEVANT LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

LE 22 MAI 1920

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

PAR

Henri DE KERKHOVE

Né le 4 octobre 1892 à Barcelone (Espagne)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

DE ROUVILLE, Professeur, *Président.*
ESTOR, Professeur.
RICHE, Agrégé. } *Assesseurs.*
P. DELMAS, Agrégé.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE DE LA MANUFACTURE DE LA CHARITÉ
(Pierre-Rouge)

1920

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✲)	Doyen.
FORGUE (O ✲)	Assesseur.
IZARD	Secrétaire.

Professeurs

Clinique chirurgicale	MM. TÉDENAT (O ✲).
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✲).
Physique médicale	IMBERT (✲).
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE. (O ✲).
Clinique ophtalmologique	TRUC (O ✲).
Physiologie	HEDON (✲).
Histologie	VIALLETON.
Clinique médicale	DUCAMP (✲).
Anatomie	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL (✲).
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.).
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES (✲).
Anatomie Pathologique	MASSABUAU (✱).
Chimie biologique et médicale	DERRIEN.
Microbiologie	N.
Pathologie interne	N.
Clinique médicale	N.
Médecine légale et toxicologie	N.

Professeurs adjoints : MM. De ROUVILLE, MOURET, VEDEL.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Profes. honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de cours complémentaires

Clinique gynécologique	MM. De ROUVILLE, prof.-adj.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	VEDEL, prof.-adj. ch. de c.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBREAU, (O ✲ ✱) a. l. (c. c.)
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, ✲ ✱ a. l. (c. c.)
Pathologie externe	RICHE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	EUZIÈRE, agrégé.
Accouchements	P. DELMAS, agrégé.
Matière médicale	CABANES.
Microbiologie	LISBONNE, agr. (ch. de c.)
Stomatologie	WATON (✲ ✱). (docteur).

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM CABANNES.	MM. ETIENNE.
GRYNFELTT (✲).	DELMAS (Paul).	LISBONNE. ch. c.
LEENHARDT.	EUZIERE.	PECH, ✲ (ch. d'ag.)
GAUSSEL. (✲ ✱).	J. DELMAS (✱).	
RICHE.	RIMBAUD. (✲).	

Examinateurs de la thèse

MM. De ROUVILLE, prof. président.	MM. RICHE, agrégé.
ESTOR, professeur.	P. DELMAS, agrégé.

La faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

A MA GRAND'MÈRE

A MA MÈRE CHÉRIE

Je lui dois tout..... Bien faible témoignage de mon amour filial et de ma reconnaissance pour tous les sacrifices qu'Elle a faits pour moi.

A MON ONCLE ADOLPHE BARBESINO

Modeste marque de ma plus vive gratitude et de mon inaltérable affection.

A MA SŒUR HENRIETTE

MEIS ET AMICIS

H. DE KERKHOVE.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DE ROUVILLE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ESTOR

A MESSIEURS LES PROFESSEURS AGRÉGÉS

RICHE ET P. DELMAS

A MONSIEUR LE DOCTEUR ESCAT

PROFESSEUR A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Témoignage de profonde reconnaissance.

A TOUS MES MAITRES DE MONTPELLIER

A TOUS MES MAITRES DE MARSEILLE

H. DE KERKHOVE.

AVANT-PROPOS

Si, en soutenant notre thèse inaugurale, couronnement de notre labeur, nous voyons, d'une part, se réaliser enfin le rêve que nous avons si longtemps caressé, ce n'est pas, d'autre part, sans une certaine émotion, empreinte d'une pointe de regret, que nous sentons se terminer les belles années de notre vie d'étudiant, toutes pleines de volonté, de passion et de jeunesse, ce précieux joyau dont l'éclat ternit bien vite.

Mais, avant d'être aux prises avec les difficultés de l'existence professionnelle et, avant de quitter cette Faculté de Montpellier, il est pour nous un devoir particulièrement agréable à remplir : celui de remercier tous ceux qui s'intéressèrent à nous et nous donnèrent l'aide puissante de leurs conseils et de leur affection.

A notre mère bien-aimée, va tout d'abord l'élan de notre cœur ; elle sut toujours nous témoigner une affection, un dévoûment sans bornes. A notre oncle, nous sommes redevable de notre gratitude et de notre affectueuse reconnaissance pour son aide et ses bons conseils ; l'exemple de sa vie, faite toute de probité et de devoir, servira de guide à la nôtre. Qu'ils soient assurés tous deux que nous n'oublierons jamais ce qu'ils ont bien voulu consentir pour nous.

Nous manquerions à un devoir impérieux si nous n'adressions une pensée de respectueuse et inaltérable reconnaissance à M. le docteur Escat pour les bons soins qu'il nous prodigua si généreusement lors d'une grave maladie.

Qu'il nous soit permis enfin de remercier du fond du cœur les maîtres qui nous ont fait le plus bienveillant accueil Dans cette vieille Faculté, grâce à une pléiade d'éminents professeurs, dont la science ne fait qu'accroître la bonté, dans ses hôpitaux, qu'illustrent des chefs aussi réputés que dévoués, nous avons pour ainsi dire été « façonné » à la vie médicale ; nous nous inspirerons toujours de leurs conseils et de leur exemple au cours de notre carrière.

A M. le professeur de Rouville, nous offrons l'hommage de tout notre respect pour l'insigne honneur qu'il a bien voulu nous faire en acceptant la présidence de notre thèse.

Et à tous nos amis qui furent nos compagnons d'études, nous voulons, au seuil d'une séparation peut-être définitive, leur adresser un salut bien cordial et leur dire combien leur souvenir sera vivace en nous.

CANCER DU SEIN

ET GROSSESSE

INTRODUCTION

Quelle influence la grossesse peut-elle avoir sur l'évolution d'un cancer du sein ?

Si l'on parcourt les traités classiques de chirurgie on peut juger de l'incertitude des divers auteurs à ce sujet. « Question très discutée » est la phrase presque consacrée que l'on trouve à tous les chapitres de l'Etiologie des cancers du sein. Question très discutée, en effet, mais peut-être aussi peu étudiée.

Klotz, en 1866 à Halle, publie une thèse intitulée : *Sur la mastite carcinomateuse des femmes enceintes et des nourrissons*, dans laquelle il public trois observations.

Volkmann, en 1875, dans un compte rendu, statistique d'opérations pour cancer du sein, signale incidemment en quelques lignes l'allure aiguë que prend parfois ce cancer : « particulièrement chez des femmes jeunes, écrit-il, le cancer se développe au moment de la grossesse, des suites

de couche et de la lactation ; la dégénérescence sarcomateuse de la mamelle prend une allure tellement inflammatoire, attaquant toute la glande ou même les deux que l'on peut employer le terme de *mastite carcinomateuse* comme on emploie celui de *pleurésie carcinomateuse* ». A plusieurs reprises il insiste sur l'âge jeune des malades et sur l'influence de la grossesse et de la lactation, influence sur laquelle LUECKE avait, depuis 1862, attiré l'attention.

BILLROTH, en 1880, dans la *deutsche chirurgie*, reprend la question et publie une observation intéressante. FINK, en 1882, relate un cas semblable.

Depuis, des travaux assez nombreux ont paru sur le cancer aigu du sein, en particulier la thèse de CHARBONNIER (Paris, 1900).

Des chapitres entiers ont été et sont consacrés à cette question dans les traités de chirurgie. Mais aucune étude d'ensemble n'a été faite depuis les travaux allemands sur les rapports qui peuvent exister entre l'évolution d'une grossesse et celle d'un cancer du sein.

Nous avons cru intéressant de grouper à ce sujet quelques cas et d'apporter une observation inédite due à l'obligeance de M. le professeur de Rouville. Nous nous sommes bornés dans notre travail à rechercher d'après ces observations, d'une part, si la gestation est vraiment susceptible d'influencer la marche d'un néoplasme, voire même de lui donner un aspect clinique nouveau, d'autre part s'il pouvait exister quelques symptômes permettant de faire un diagnostic précis aussi précoce que possible.

OBSERVATIONS

Observation Première

Volkmann, *in thèse* de Klotz, Halle 1869, pages 14-16.

Mme H..., 35 ans, s'est toujours bien portée, mais est de constitution un peu faible. Mariée depuis huit ans ; un enfant, un an après, qui meurt après quelques jours ; puis après une autre année, un garçon qui vit encore. En 1867, au printemps, une fille qu'elle nourrit.

A la fin de 1867, assez exactement six mois après son accouchement, elle remarque que le sein droit grossit quelque peu et devient dur sur toute sa circonférence. En même temps, la sécrétion lactée s'affaiblit de ce côté, l'enfant refuse ce sein et est nourri exclusivement avec le sein gauche. Puis apparaissent des douleurs d'abord intermittentes, puis de plus en plus rapprochées, lancinantes. La peau n'est pas rouge mais elle est chaude. Ce sein est légèrement sensible à la pression. L'affection est prise pour une mastite chronique et traitée comme telle.

Six semaines après, le deuxième sein se prend de la même façon, mais le lait ne disparaît pas, et même malgré la grande dureté qui envahit rapidement cette mamelle, il resta assez abondant et l'allaitement continua.

Cependant la mère s'affaiblissait, maigrissait et se tenait avec peine sur ses pieds.

Au commencement de février, lorsque Volkmann vit la malade pour la première fois, 12 ou 14 semaines au plus après le début, les deux seins avaient environ la circonférence d'une soucoupe, étaient très peu proéminents mais étaient très durs et légèrement bosselés.

Le sein le premier malade était dur comme du bois et le gauche plus élastique. Les deux étaient mobiles sur le grand pectoral, la peau isolée par endroits, confondue avec la tumeur, le mamelon droit quelque peu rétracté.

Couleur de la peau normale, température notablement élevée, pression modérément douloureuse. Au pourtour des deux seins, de chaque côté, de 12 à 15 noyaux cutanés de la grosseur d'une lentille à celle d'un pois, faisant à peine relief sur la peau, colorés en rose pâle ; cela ressemblerait à une syphilide papuleuse si leur dureté n'accusait leur caractère cancéreux. Ganglions axillaires modérément tuméfiés, des deux côtés très durs mais non groupés en paquet. Malgré cet état de choses, bien que la patiente ne soit plus qu'un squelette et ait une fièvre vive, l'enfant a tété jusqu'à aujourd'hui et la pression fait encore sortir du sein gauche quelques gouttes d'une sérosité laiteuse

Quatre semaines après, mort (10 mars 1868). Durée 5 mois. Noyaux dans le foie, pas dans les poumons.

La néoformation semble, à la coupe très vasculaire. Elle se distingue nettement du tissu adipeux très raréfié et montre l'aspect ordinaire du carcinome du sein.

Microscopiquement : Peu de travées conjonctives, nombreux cylindres de cellules irréguliers et anastomosés les uns avec les autres, se disposant en quelques points en véritables canaux. Cellules à gros noyaux à caractère épithélial. Entre les éléments on trouve dans le sein gauche

des lobules respectées et aussi quelques canaux galactophores entourées seulement de petites cellules. Pas d'agrandissement des canaux.

Observation II

Volkmann, *in thèse* de Klotz, Halle 1869, pages 16-19

Mme S..., 42 ans, très grande, très forte, très bien conservée, d'aspect encore très jeune, a eu 6 enfants et 3 accouchements prématurés. En décembre 1867, elle devient enceinte de nouveau, et remarque bientôt après un noyau se développant dans la profondeur du sein, lequel noyau prit bientôt une extension considérable et ne causa pas de douleur à proprement parler, mais des sensations désagréables difficiles à décrire. En avril 1868, fausse couche. Dès lors, le noyau grossit rapidement ou plutôt s'étendit à toute la glande. L'affection fut prise pour une mastite en rapport avec la grossesse et traitée au moyen de divers emplâtres. Cependant, les mois suivants, le volume du sein devint très considérable, et il fut bientôt évident qu'il s'agissait d'un néoplasme.

Au début de juin, Volkmann vit la malade pour la première fois. Elle a une nutrition générale excellente, le sein droit non malade a une circonférence extraordinaire, le sein gauche a la grosseur d'une tête d'enfant, et autant qu'on peut le sentir à travers le panicule très épais, il semble très dur et bosselé superficiellement. Le mamelon est rétracté, la peau est à sa surface déjà fusionnée avec le néoplasme. On ne sent pas de ganglions tuméfiés dans l'aisselle ; par contre, dans la peau du sein

et à quelque distance se trouvent une douzaine de noyaux cutanés très manifestes, mais dont plusieurs ne sont appréciables qu'au toucher.

Contre son propre gré, Volkmann se décida sur la demande expresse de la patiente et sur le désir très vif du médecin de la maison, à une intervention et il enleva avec le sein autant de peau qu'il en fallut pour ne laisser aucun des noyaux cutanés. Le tissu adipeux avait par places quatre pouces d'épaisseur; au milieu de ce tissu se trouvaient détruits dans la cavité axillaire, 8 ou 10 ganglions lymphatiques en dégénérescence cancéreuse et qui allaient du volume d'une lentille à celui d'un pois. La plaie opératoire a les dimensions d'une assiette à soupe. Du côté du sternum, il a fallu enlever encore un grand coin de peau pour pouvoir enlever tous les noyaux cutanés (8 juin 1868). La réaction consécutive fut minime, la plaie se détergea et se combla promptement, mais bientôt apparurent de nouvelles éruptions de noyaux cutanés, qui, en se réunissant, transformèrent la peau en divers endroits en une plaque dure ; de l'extrémité de la plaie dirigée vers l'aisselle, extrémité qui n'était pas encore fermée, s'élevèrent des végétations carcinomateuses. La patiente déclina, des hémorragies et un abondant écoulement de sanie se produisirent alors.

A l'automne, la situation de la malade était alors absolument pitoyable ; les végétations cancéreuses s'étendaient de plus en plus et étaient jour et nuit le siège de très violentes douleurs, la malade maigrit et commença bientôt à se plaindre de dypsnée et d'accès intermittents de suffocation. Au milieu d'octobre se montrèrent des signes non douteux de carcinose pulmonaire, accès de suffocation plus fréquents, toux persistante, et pectoration visqueuse, mêlée fréquemment de filets de sang.

Le 24 novembre, mort au milieu de phénomènes violents de suffocation. Opposition à l'autopsie.

L'examen anatomique de la mamelle amputée donna les résultats suivants : mamelle très grosse ; sur la coupe, augmentation notable du tissu adipeux. Dans ce tissu adipeux, se trouve la néoplasie sous forme de noyaux allongés et ovales fusionnés parfois avec la peau du mamelon mais partout ailleurs entourés de graisse. Dans la graisse s'avancent en suivant une direction radiaire le long des septa conjonctifs séparant les lolubes adipeux de nombreux prolongements terminés en pointe et plus ou moins longs. La néoplasie présente une couleur blanchâtre ; par endroits isolées, on trouve de petites masses arrondies dont la coloration est plus jaune rougeâtre. Par la pression du couteau, il s'écoule un suc crémeux.

Microscopiquement, au milieu d'une substance fondamentale conjonctive, sont situés de nombreux et minces cylindres de cellules, parfois anastomosés. Les cellules sont assez grosses et ont le caractère épithélial.

Entre ces cylindres cellulaires étroits se trouve encore un certain nombre de cavités plus grandes atteignant jusqu'à 500 et remplies parfois, elles aussi, de cellules épithéliales, ou bien de débris graisseux ; on doit les considérer comme des canaux galactophores agrandis et remplis d'épithélium proliféré. Dans les prolongements, qui de la néoplasie s'enfoncent dans le tissu conjonctif, il n'y avait pas de cylindres cellulaires, mais seulement une néoformation de petites cellules, qui s'étendaient en beaucoup d'endroits entre les cellules adipeuses voisines et les séparaient les unes des autres.

Observation III

Publiée par Billroth, *in Die Krankheiten Der Brusdrussen* (Deutsche chirurgie) Stuttgart, 1880, page 128.

F. G..., 36 ans, a eu 7 enfants ; au huitième mois d'une grossesse jusque là normale, sa santé ayant toujours été bonne, elle remarque un gonflement presque subit des seins, cinq semaines avant son entrée à la clinique (21 juin 1875).

A partir de ce moment, les deux seins grossissent rapidement et durcissent. Sept jours avant d'entrer à l'hôpital, elle accouche facitement et normalement. La perte de sang est peu abondante et cependant la malade est très pâle. Les deux seins ont alors le volume d'une tête d'enfant, ils sont hémisphériques et recouverts d'une peau luisante et tendue rendue bleuâtre par l'abondance des réseaux veineux. Cette tension de la peau les rend peu mobiles sur les parties profondes : leur consistance est dure, sauf seulement en quelques points élastiques. La pression ne fait pas sortir de colostrum par le mamelon. Enfin on ne trouve pas de ganglions dans l'aisselle. Nous faisons de la compression des deux seins ; mais l'affaiblissement augmente de jour en jour et la malade meurt dans le collapsus le 28 juin.

La durée totale du processus a été de six semaines.

Autopsie résumée. — A l'autopsie, des noyaux métastatiques sont trouvés dans le corps thyroïde, le péricarde, le foie, les reins, l'épiploon.

Les deux seins sont transformés en une masse rougeâtre, molle, montrant une sérosité blanchâtre sur la coupe, au milieu d'un tissu cellulaire épaissi et infiltré adhérent fortement à l'aponévrose du grand pectoral.

L'examen microscopique est peu détaillé.

Billroth conclut qu'il peut s'agir d'une combinaison de sarcome et du carcinome.

Ajoutons qu'il n'y avait eu aucune sécrétion lactée.

Observation IV

Publiée par Fink dans les Archives de Billroth, 1888. *Zeitschrift für Heilkunde* (Berlin), volume IX, page 463

Mastite carcinomateuse observée chez une femme de 35 ans ayant eu neuf accouchements, le dernier remontant à dix semaines.

Six semaines avant la dernière délivrance, elle avait remarqué dans le sein droit une petite tumeur qui, après l'accouchement, prit un développement très rapide. Comme l'affection avait été prise pour une inflammation, on enveloppa les seins avec des cataplasmes chauds; mais la situation ne s'améliora pas et de petites tumeurs se développèrent rapidement dans la cavité axillaire.

Le 17 septembre 1880, jour de l'entrée à l'hôpital, 16 semaines après le début de la maladie, la tumeur avait atteint le volume d'une tête d'enfant.

En dehors du mamelon, la peau, sur une surface grande comme une soucoupe, est de la couleur cuivrée et présente en son milieu une ulcération. Les ganglions axillaires sont très grossis, et au-dessus et en dehors de la tumeur, plusieurs nodosités dures s'étaient développées à la suite des piqûres provoquées par l'application des sangsues.

L'on procéda à une amputation typique de la mamelle avec curage de l'aisselle, mais la patiente mourut de syncope pendant la narcose.

Observation V

Rives et Barras (*Montpellier Médical*, 1911)

Mme R... L..., d'Alais, âgée de 32 ans, entre salle Paulet, dans le service de M. le Professeur Tédenat, le 11 janvier 1911, pour une tumeur du sein droit. Il y a six ans, accouchement et lactation. Il y a de la galactophorite avec écoulement de pus et de sang. Quatre mois après l'accouchement, la malade note dans la moitié inférieure du sein, au-dessous du mamelon, une nodosité grosse comme une noix. Les abcès du sein sont incisés, drainés et guérissent. La nodosité n'augmente pas de volume.

Six mois après ce début, la malade est enceinte pour la seconde fois. Pendant la grossesse et les suites de couches, on ne note rien du côté du sein.

Il y a douze mois, troisième grossesse. Pendant les neuf mois, la malade note une augmentation progressive de son sein jusqu'au volume actuel.

Depuis trois mois, le mamelon et l'aréole sont couverts de croûtes qui tombent et se reforment avec un suintement sanguin assez abondant.

Etat actuel. — La malade ne présente pas d'altération notable de la santé générale, elle n'est pas amaigrie. Son teint n'est ni pâle, ni jaune.

Le sein droit est lourd, augmenté de volume; il présente un réseau important de grosses veines. Le mamelon est élargi et aplati, il semble distendu. L'aréole présente un aspect rougeâtre avec exulcérations recouvertes de petites croûtes, le mamelon présente le même aspect avec moins d'intensité. Autour du mamelon, il y a un sillon déprimé,

circonférenciel, auquel aboutissent quelques plis radiés à fond rougeâtre, et indurés.

La peau semble peu modifiée dans les deux quadrants supérieurs ; dans la moitié inférieure, on voit des cicatrices dues à l'ouverture des abcès, mais la peau, au-dessous du mamelon, est luisante, tendue.

A la palpation, on sent : 1° Dans la moitié supérieure, une induration mal limitée donnant la sensation d'empâtement, à fines granulations, au devant de laquelle la peau est mobile. Cette induration qui aurait été remarquée depuis quatre ans par la malade, n'aurait subi aucune modification et spécialement aucune augmentation de volume.

2° Dans la moitié inférieure, une induration plus dense, plus ferme, non granuleuse, adhérant à la peau dans la région où celle ci est tendue et luisante. Cette induration s'étend sous le mamelon et sous les sillons déprimés au fond desquels elle adhère intimement.

Le sein dans l'ensemble est mobile sur les plans profonds, la tumeur inférieure est mobile par rapport à la supérieure dont elle est séparée à droite et à gauche par une région beaucoup plus souple.

On ne sent pas de ganglions dans le creux de l'aisselle. Cette malade ne présente aucun antécédent pathologique intéressant. Elle avait été réglée à 14 ans, très régulièrement.

Intervention le 19 Janvier 1911. — Ablation très large du sein avec grande collerette de graisse. Evidemment de l'aisselle où on ne trouve que de petits ganglions. La plaie est trop large pour être réunie sur toute sa longueur.

Examen macroscopique. — Sur une coupe verticomédiane du sein on voit une masse néoplasique blanchâtre, donnant beaucoup de suc au raclage. Ce tissu néoplasique

prend le mamelon et la partie située au-dessous sur une étendue de 5 cent. En profondeur, il s'étend jusqu'à la limite de la glande, mais macroscopiquement il n'atteint pas l'aponévrose du grand pectoral. La partie postéro-supérieure de la tumeur a un aspect beaucoup plus charnu et rougeâtre que le reste, sur une étendue de 2 centimètres de coté.

Examen histologique (dû à M. le professeur Bosc). — Les coupes prélevées dans la profondeur montrent quelques amas *adénomateux* avec acini très nombreux, quelquefois au contact les uns des autres par leur basale, remplis de cellules volumineuses, si bien que le premier aspect est celui d'un épithélioma. Cette prolifération adénomateuse, diffuse et rapide, se complique d'une *infiltration de petites cellules rondes dans le tissu conjonctif voisin.* Il y a là un élément inflammatoire ancien. En quelques points, des acini très volumineux et irréguliers, séparés par de minces travées conjonctives, présentent des cellules à dégénérescence vacuolaire superficielle comme dans une glande en lactation.

Les coupes prises à la surface présentent en certains points de larges travées conjonctives envahies par de grosses *cellules atypiques* à gros noyaux chromatiques. Ces cellules polygonales ou cubiques sont en traînées ou en amas arrondis qui se juxtaposent en grands placards irréguliers. Ces cellules sont unies par un ciment nettement visible. Le tissu conjonctif est ici très peu infiltré et paraît nettement tendre à la transformation muqueuse. En d'autres points, cette transformation muqueuse est accomplie. Les cellules cancéreuses y forment de grands placards dans certains espaces lymphatiques et il ne reste des travées lympatiques que quelques cellules fusiformes ou étoilées.

En somme, il y a : élément inflammatoire ancien, adénome à tendance diffuse avec transformation épithéliomateuse très rapide.

Les suites opératoires immédiates ont été bonnes ; toutefois, la surface cruentée, due à ce que la réunion totale de la plaie était impossible, ne se cicatrise que lentement. La malade refuse qu'il y soit fait des greffes de Tiersch.

Mais au début de mars 1911, la malade présente des troubles de motilité des membres inférieurs : dérobement des jambes dès qu'elle se met debout, sensation de faiblesse. En même temps il y a retention d'urine nécessitant la sonde pendant quatre jours et constipation avec ballonnement du ventre allant jusqu'à gêner la respiration. Troubles de sensibilité : sensation de froid et de fourmillement douloureux sur les fesses et sur la face externe des cuisses, sur les mollets et à la plante des pieds.

L'examen objectif montre une bande d'hypoesthésie sur la fesse et sur la face externe des cuisses. Pas de diminution de la sensibilité tactile sur le thorax et l'abdomen. La colonne vertébrale présente un point douloureux au niveau de la 6e D..., la douleur spontanée est légère mais elle s'accroît beaucoup par la pression ; autre point douloureux au niveau du sacrum, et également dans le voisinage de la symphyse sacro-iliaque gauche. Ces points ne présentent rien d'anormal à l'inspection, ni objectivement à la palpation.

La malade sort de l'hôpital le 11 mars et nous apprenons sa mort peu de jours plus tard.

Observation VI

Dervaux, *Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris*, 1914

D..., 38 ans, fermière. Femme de constitution robuste sans aucun antécédent morbide personnel ou héréditaire. 8 grossesses antérieures, toutes menées à bien et suivies de lactation prolongée.

Début de la grossesse actuelle en mai 1913.

En août 1913, la malade s'aperçoit qu'elle porte à la partie supéro-externe du sein gauche une petite tumeur arrondie, roulant sous le doigt, indolore et n'y porte pas plus d'attention. Le 10 janvier 1914, cette femme que je voyais souvent me parle de sa tumeur pour la première fois, et je puis constater la présence d'un nodule néoplasique gros comme une forte noisette, très mobile, complètement indolore. La réaction ganglionnaire axillaire est à peine prononcée.

Je conseille l'intervention immédiate, mais je ne puis revoir la malade que le 21 janvier, date à laquelle elle me revient non parce qu'elle souffre mais parce que le noyau a grossi. De fait, je constate à ce moment que la tumeur qui a mis 6 mois au moins pour atteindre le volume d'une noisette est arrivée en trois semaines à celui d'une petite pomme et que l'aisselle présente plusieurs ganglions très appréciables.

Je fais entrer d'urgence, cette fois, la malade dans mon service et je l'opère sans tarder le 2 février 1914 aussi largement que possible.

Le 3 février, cette malheureuse accouchait quinze jours avant terme d'un enfant du sexe féminin, parfaitement

venue. Accouchement normal, très rapide, de grande multipare.

Les suites opératoires furent sensiblement normales, en dépit de la désunion de quelques points de suture.

La tumeur n'avait rien de particulier dans son aspect macroscopique et les ganglions enlevés n'étaient pas particulièrement abondants, malgré une dissection poussée très loin.

L'état général resta excellent, mais la guérison fut marquée de deux incidents suspects. Un jour, vers le 20 février, la patiente me montra au niveau de la queue axillaire de la cicatrice une nodosité du volume d'une fève, légèrement douloureuse, rougeâtre et fluctuante. Je l'incisai et il en sortit un peu de liquide séro-purulent. La cicatrisation fut lente à s'effectuer.

Vers le 10 ou 12 mars, la patiente se plaignit aussi de quelques essoufflements mais je ne trouvais pas à ce moment de généralisation appréciable.

Cette malade sortie guérie, me revint le 4 avril, deux mois après son opération, dans un état pitoyable pouvant à peine se traîner, asphyxiant : dans la plaie, n'y avait rien de particulier ; un petit noyau gros comme un grain de blé à un centimètre au-dessus du bord supérieur de la plaie, en sa région médiane : au niveau de la queue axillaire, juste au point où avait été incisé le petit abcès signalé plus haut, noyau cancéreux très net du volume d'une noisette. Par contre, l'état de généralisation viscérale était réellement remarquable : frottements pleuraux sur toute la hauteur des poumons, souffle à la base gauche. Foie énorme, à bord épais, régulier descendant plus bas que l'ombilic et faisant saillie sous la paroi abdominale amaigrie, tandis que la partie gauche de l'organe atteint le flanc gauche et la région splénique.

La mort survint le 12 avril, à domicile, sans que l'autopsie fût possible.

Observation VII

(Inédite)

Professeur de Rouville

Mme Marie S... J..., 32 ans, entrée le 27 janvier 1920 à l'Hôpital Suburbain (Espagnole ne parlant pas français, difficile à interroger).

Antécédents héréditaires — Père mort à 69 ans ; mère bien portante.

Antécédents personnels. — Scarlatine à 8 ans. Réglée à 16 ans 1/2 règles régulières six à huit jours normales, pas douloureuses. Mariée à 24 ans. Cinq grossesses normales dont une gémellaire. Pas de fausse couche.

Première grossesse. — Il y a huit ans, la malade nourrit son premier enfant pendant six mois et interrompt pour fatigue générale.

Deuxième grossesse. — Il y a six ans et demi, nourrit pendant trois jours. Le sein droit malade actuellement devient le siège d'une inflammation très douloureuse, augmentant du double le volume du sein. Traitée par des applications chaudes l'inflammation disparaît rapidement et le sein redevient normal.

Troisième grossesse. — Il y a quatre ans et demi, gémellaire un garçon et une fille qui meurent quelques jours après l'accouchement.

Quatrième grossesse. — Il y a trois ans, allaitement cessé au bout de trois mois pour vomissements incessants.

Cinquième grossesse. — Il y a un an accouchement il y a trois mois.

Au début de cette grossesse, pendant le premier mois, la malade s'aperçoit de l'apparition dans le sein droit, le long de son bord axillaire, d'une petite tumeur de la grosseur d'une noisette roulant sous le doigt. Pendant le cours de la grossesse, la tumeur augmente de volume et envahit *rapidement* la totalité du sein. Les ganglions du creux axillaire sont gros et douloureux, d'après le malade.

Depuis l'accouchement, la tumeur a encore sensiblement augmenté de volume.

Rien aux autres appareils.

Examen. – Sein droit du volume d'une tête de fœtus à terme. Mamelon retracté, peau d'orange partout. Par opposition au sein gauche, qui est pendant, il est tout entier retracté sur la paroi thoracique. Très dur, avec des nodosités adhérentes à la peau. Il se prolonge dans l'aisselle par un pédicule lymphatique de 3 ou 4 centimètres d'épaisseur, douloureux. Sein adhérent au grand pectoral.

Du lait s'écoule par le mamelon; ganglions axillaires douloureux.

Quelques petits ganglions sus-claviculaires sont perceptibles au-dessus de l'articulation sterno claviculaire droite. Œdème de la paroi latérale du thorax. Rien dans le sein gauche dont la sécrétion lactée est normale. Une biopsie est pratiquée. De l'examen fait par M. le prof. Massabuau, il résulte qu'il s'agit d'un épithélioma.

Opération le 14 février 1920. On commence par ouvrir largement l'aisselle et à mettre à nu les vaisseaux axillaires. On extirpe assez facilement un cordon lymphatico-ganglionnaire qui va du sein aux vaisseaux. Le cordon vasculo-nerveux est entouré comme d'une bague de tissu néopla-

sique dont on l'isole avec beaucoup de prudence et de peine. On est obligé de lier une grosse collatérale veineuse ayant presque le volume de l'axillaire pour extirper complètement cette masse. Au-dessus des vaisseaux on trouve également une masse ganglionnaire qui se prolonge jusque sous la clavicule ; on l'extirpe avec peine mais sans conviction de l'extirper en totalité. Extirpation des grands et petits pectoraux avec le sein. Drainage de l'aisselle. Suture de la plaie sauf au niveau de sa partie inférieure où il reste une surface comme une pièce de 5 francs.

Examen anatomo pathologioue (pratiqué par M. le professeur Massabuau). -

La tumeur, épithéliale, présente une structure alvéolaire.

Les alvéoles sont bourrées de cellules épithélioles cancéreuses, atypiques. Elles sont remarquables par leur volume, l'abondance extrême des figures de division, les inclusions intra-cellulaires nombreuses. Dans certains points, ces cellules s'hypertrophient d'une manière anormale et constituent d'énormes éléments protoplasmiques multinuclées. A la périphérie de la tumeur, les espaces lymphatiques sont bourrés de proliférations épithéliales. Le tissu conjonctif qui limite les alvéoles est très réduit, il présente des lésions d'infiltration inflammatoire plus marquées qu'elles ne le sont en général dans cette variété de tumeur.

L'examen d'un ganglion lymphatique montre un envahissement par les cellules lymphatiques très avancé, au point qu'il ne reste plus que quelques traces de tissu lymphoïde.

Il s'agit, en résumé, d'un *carcinome encéphaloïde du sein à marche rapide.*

Suites opératoires parfaites. — La cicatrisation s'est effectuée rapidement. Cependant le bras droit est le siège

d'un œdème apparu le 10me jour après l'opération et qui reste stationnaire.

Observation VIII

Par M. Ch. Dévé. — *Bulletin de la société d'obstetrique de Paris*, 1914.

Femme de 33 ans V pare.

Première grossesse, 1901. L'enfant a été nourri pendant trois mois. La mère a eu un abcès du sein droit.

Deuxième grossesse, 1904. L'enfant a été nourri six mois; ses deux enfants sont actuellement vivants.

Troisième grossesse, 1905. La mère n'a pas nourri cet enfant qui a succombé à un an.

Quatrième grossesse, 1908. Elle s'est terminée à deux mois et demi par une fausse couche, accompagnée de phénomènes de rétention ovulaire septique qui a necessité un nettoyage utérin. L'utérus était en rétroversion très marquée.

Cinquième grossesse. Dernières règles : 20, 25 avril.

La gestante me fait appeler pour des accidents dus à l'utérus gravide en rétroversion, le 30 juin. En examinant les seins, je découvre, par hasard dans la partie supéro-externe du sein droit, une petite tumeur du volume d'une noisette, indolore, mobile sous la peau et sur les plans profonds, accompagnée d'une adénite axillaire très légère (2 ganglions petits).

Interrogée, la malade m'apprend que cette tumeur serait apparue il y a quatre ans, qu'elle est allée à cette occasion en 1910, demander un avis dans une consultation de chirurgie d'un hôpital parisien, et qu'on lui aurait dit de ne pas se préoccuper de sa tumeur et de n'y rien faire.

Depuis, la malade ne s'en est pas occupée ; à peine a-t-elle remarqué que la tumeur a un peu grossi depuis le début de l'année.

Je conseille vivement à cette femme de se faire opérer et je la quitte en la remettant pour les suites de sa grossesse à sa sage-femme habituelle.

Le 31 mars 1914, *soit neuf mois plus tard*, je suis appelé de nouveau pour des troubles dus, cette fois encore, à la rétroversion. Cette femme m'apprend que sa grossesse s'est terminée le 1er octobre par une fausse couche de quatre mois et demi à cinq mois environ (elle dit avoir senti remuer son enfant) : elle m'avoue n'avoir pas suivi mon conseil et par conséquent ne s'être pas fait opérer.

Elle en a, d'ailleurs, été empêchée par son mari, dont le père, fait curieux, avait été opéré, trois ans auparavant pour un cancer du sein gauche, adhérent aux côtés et ulcéré en avant, et qui avait sucombé rapidement à la généralisation.

Elle se faisait faire depuis un mois, dans une clinique appartenant à un chirurgien bien connu, des injections de sérum sur la nature duquel je ne puis donner d'indication : on faisait deux injections par semaine.

Je constatai que la tumeur n'avait pas sensiblement augmenté de volume (une grosse noisette), mais la peau était devenue adhérente à la tumenr (cette adhérence avait commencé en janvier 1910, paraît-il). L'adénopathie axillaire semblait être restée rigoureusement ce qu'elle était au 30 juin de l'année précédente. L'état général était excellent, l'appétit était intégralement conservé, et cette femme n'avait pas maigri.

J'engageai cette femme une fois de plus à se faire opérer, et ce ne fut qu'en effrayant le mari par le spectre de la responsabilité qu'il assumait en s'opposant à ce que sa

femme soit opérée, qu'il se décida à la conduire dans un service hospitalier, où elle a été opérée enfin il y a quinze jours.

L'opération largement faite, suivant la technique habituelle, a montré que la tumeur était bien du volume d'une forte noisette et qu'elle n'adhérait pas aux plans profonds : on ne trouva que trois petits ganglions axillaires. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un squirrhe.

ETUDE CLINIQUE

Quel enseignement pouvons-nous tirer de ces quelques observations, et pouvons-nous affirmer d'une manière absolue que la grossesse a ou n'a pas une influence sur l évolution des cancers du sein. ?

Nos sept premières observations sont trop probantes pour qu'on puisse le nier, et l'on est tenté de répondre de suite affirmativement.

En effet, chez toutes ces malades, le cancer a débuté en pleine grossesse, au troisième ou quatrième mois en moyenne. Il n'aurait cependant apparu qu'au huitième mois dans le cas de Billroth, et six mois seulement après l'accouchement, en pleine lactation, dans le premier cas de Volkman.

Quelle que soit leur date d'apparition, tous ces cancers ont évolué d'une *façon aiguë* chez des *femmes jeunes*, à l'âge où les tumeurs épithéliales sont encore plus fréquentes — 35 ans en moyenne. Cette évolution paraît avoir été toujours accélérée soit dans les derniers mois de la grossesse, soit de suite après l'accouchement ou une fausse couche. Il est à noter aussi que toutes ces femmes avaient eu une vie génitale très chargée. Sauf un des cas de Volkmann, où la malade n'avait eu qu'un enfant, nous relevons chez toutes les autres, trois, cinq, six, sept, huit

et neuf grossesses. Toutes avaient allaité leurs enfants. Quelques-unes enfin (obs. V et VII), ont eu au cours d'allaitement antérieur des mastites aiguës ayant siégé dans le sein même qui plus tard a été atteint par le cancer.

L'évolution a été pour tous les cas extrêmement rapide. La mort, qu'il y ait eu ou non intervention, a terrassé la malade en peu de temps : *1 mois 1/2*, (obs. III), *4 mois*, (obs. I), *11 mois*, (obs. II et VI), *15 mois*, (obs. V). La malade de M. le Professeur de Rouville vient seulement de quitter l'hôpital, mais depuis quelques jours un œdème du bras correspondant au sein malade a apparu qui peut laisser prévoir une récidive avec évolution rapide.

De tous ces faits il semble donc bien que l'on puisse conclure que nous sommes en présence de cancers du sein ayant pris une allure aiguë bien spéciale. Il y a parallélisme net entre la transformation de la nature de ces cancers et la marche de l'hypertrophie mammaire. La mamelle pendant la grossesse subit en effet des modifications énormes qui créent une situation toute particulière, modifications qui influent considérablement sur la marche du néoplasme. « Il est quasi-évident, dit Dervaux, que le néoplasme acquiert ses propriétés de haute virulence précisément dans la dernière partie de la grossesse, à cette période où le développement mammaire se fait avec le plus d'intensité. Il est remarquable aussi que l'action de la grossesse n'a pas été seulement de donner à la tumeur un substratum mieux nourri. Elle a complètement changé sa virulence et celle-ci ne s'est pas modifiée même dans ses métastases ».

Dans tous les cas où un examen anatomo-pathologique a été fait, il a été constaté une évolution anormalement rapide. Pour ne citer que celui fait par M. le Professeur Massabuau, on voit que « les alvéoles sont bourrées de

cellules épithéliales cancéreuses, atypiques. Elles sont remarquables par leur volume, l'abondance extrême des figures de division. Dans certains points ces cellules s'hypertrophient d'une manière anormale..... Le tissu conjonctif qui limite les alvéoles est très réduit, il présente des lésions d'infiltration inflammatoire plus marquées qu'elles ne le sont en général dans cette variété de tumeurs. L'examen d'un ganglion lymphatique montre un envahissement par la cellule lymphatique très avancé..... Il s'agit en résumé d'un carcinome encephaloïde du sein à marche rapide. »

Mais que penser, par contre, de l'observation que Devé a publiée à la Société d'obstétrique de Paris en 1914, (Obs. IV). Il nous cite le cas d'une femme de 33 ans ayant eu 5 grossesses et un abcès du sein au cours du premier allaitement. La tumeur aurait apparue 4 ans auparavant et n'aurait malgré toutes les grossesses, pour ainsi dire pas augmenté de volume. Seule la peau était devenue adhérente à la tumeur. L'examen anatono pathologique a révélé qu'il s'agissait cependant de cancer.

Mais, alors que dans toutes les observations précédentes, nous avons vu le cancer du sein prendre sous l'influence de la grossesse, la forme de cancer aigu, dans le cas de Devé, il s'agissait d'une de ces formes de cancer que l'on pourrait presque appeler cancer chronique ; il s'agissait d'un squirrhe et on sait qu'on a voulu considérer le squirrhe comme « une cicatrice de cancer ». D'après Handlen, il serait une « manière de pseudo-guérison ». D'autre part, la grossesse a été interrompue dans sa première moitié et nous avons déjà vu que c'est surtout dans les derniers mois que le cancer paraît subir son évolution rapide.

Bien que ce fait doive être pris en considération, nous ne croyons pas qu'il puisse infirmer nos conclusions et

nous pensons que la grossesse a une influence très manifeste sur l'évolution des néoplasmes du sein et leur transformation en marche aiguë. Ce cancer ne se différenciera alors plus en rien du cancer aigu classique pouvant évoluer à tout âge chez des femmes qui même n'ont jamais eu d'enfants.

Un fait intéressant à étudier à ce propos, serait de savoir si les mastites aiguës antérieures, amèneraient une prédisposition néoplasique comme tendraient à le prouver nos obs. V et VII. Malheureusement, il est assez difficile de conclure d'après deux cas isolés qui pourraient peut-être aussi bien être de rencontre fortuite.

DIAGNOSTIC

Le cancer aigu du sein évoluant chez une femme enceinte ou en lactation est pour ainsi dire impossible à diagnostiquer. Il revêt, en effet, les caractères d'une affection aiguë ou subaiguë. Astlen Cooper, Dupuytren, Velpeau et Terrillon ont amputé des mamelles jugées cancéreuses et dans lesquelles ils ont trouvé une collection purulente.

C'est que, entre les cancers aigus ou subaigus du sein et les mastites aiguës où chroniques, il existe une analogie symptomatique presque absolue. Ces diverses affections peuvent toutes évoluer chez des femmes enceintes ou des nourrices. Adhérence de la peau — signe de la peau d'orange — rétraction du mamelon, adénopathies peuvent se rencontrer dans l'un et l'autre cas.

Evidemment, on peut trouver quelques dissemblances : L'adhérence à la peau par exemple, se fait théoriquement par un pointillé de brides fibreuses dans le cancer, en surface dans la mastite chronique. Ces brides fibreuses dans le cancer au début, sont assez longues pour que, pincée sur la tumeur, la peau se plisse facilement, mais assez nettes cependant pour que si on attire la peau à distance, il se orme un sillon au niveau de la tumeur. Cette variété d'adhérences, n'existe pas dans la mastite chronique. Il en fest de même de la rétraction du mamelon que l'on fait

apparaître en mobilisant la tumeur et qui serait symptomatique du néoplasme.

La rougeur intense, la douleur à la pression, la consistance uniformément dure peut en imposer pour une affection aiguë ou subaiguë du sein. Terrillon dans un cas semblable n'eut pas de doute sur l'existence d'un phlegmon et incisa délibérément, il s'agissait d'un cancer.

Reclus signale deux signes qui seraient de grande valeur bien qu'inconstants : *la douleur* et *l'état des ganglions*. Pris individuellement, ces symptômes sont loin d'être intensifs. Les douleurs seraient plus vives, plus aiguës, plus superficielles dans la mammité chronique.

L'adénopathie cancéreuse est dure, les ganglions gardent une mobilité relative, parfois même (obs. II, III et V) l'adénopathie fait totalement défaut. Dans les mammites aiguës ou chroniques, l'engorgement des ganglions est très précoce. Ceux-ci seraient moins durs, plus volumineux et plus douloureux que dans un cancer aigu du même âge.

Il faut donc essayer de rechercher avec précision les « petits signes » du cancer, mais presque toujours il faudra avoir recours à des moyens de diagnostic plus précis : aux recherches de laboratoire.

Rochard propose bien d'essayer la compression du sein pendant 15 jours. Mais devant des évolutions aussi rapides que celle que l'on a constatée (6 semaines, obs. n° III) c'est une perte de temps appréciable.

Presque toujours il faudra :

a) Faire une *ponction exploratrice*, mais celle-ci ne sera quelque peu probante que si la seringue aspire du pus et encore il ne faut pas oublier qu'il peut y avoir coexistence de suppuration et de cancer.

b) Pratiquer *une biopsie*. C'est à ce procédé que M. le professeur de Rouville a dû avoir recours devant l'impossibi-

lité où la clinique se trouvait pour trancher le diagnostic. La malade, montrée, en effet, à plusieurs chirurgiens différents a amené des diagnostics différents. La ponction exploratrice avait été négative. Seule la biopsie a révélé qu'il s'agissait d'un carcinome aigu.

Mais il est encore d'autres tumeurs du sein qui peuvent évoluer aussi rapidement et avec les mêmes caractères au cours de la grossesse que le cancer et avec lesquelles il serait intéressant de pouvoir la diagnostiquer : Lardennois et Moure, à la Société anatomique de Paris, en mars 1914, rapportent l'histoire clinique d'une malade, absolument superposable à celles de nos observations : Début sur une glande en état de lactation, allure inflammatoire aiguë, bilatéralité, issue fatale en quelques mois, tout portait à croire qu'il s'agissait d'une mastite ou d'un cancer aigu ; l'examen des coupes a montré qu'il s'agissait d'un lymphocytome. Il est bien évident que dans des cas semblables c'est la biopsie seule qui pourra éclairer le diagnostic.

TRAITEMENT

Dans les formes normales de cancer du sein, la légitimité de l'intervention chirurgicale large et précoce est un fait reconnu. Mais il en est pas de même pour les cancers aigus et surtout pour ceux évoluant au cours d'une grossesse.

Non seulement, dans ce dernier cas, les mêmes indications se posent que pour les cancers aigus en général, mais, aux hésitations de l'opportunité d'une intervention vient s'ajouter le problème de la sauvegarde de la vie de l'enfant.

On admet d'une façon générale que tout cancer aigu du sein doit être opéré dès son apparition avant que l'envahissement ganglionnaire ne puisse rendre cette intervention impossible. « La clavicule est la frontière des interventions raisonnables » (Forgue et Reclus).

— Mais, dans la mastite carcinomateuse de Volkmann doit-on essayer de sauver la mère sans s'inquiéter du danger d'avortement, ou doit-on temporiser jusqu'après l'accouchement ?

Grave question, souvent bien difficile à résoudre, dans laquelle interviennent outre les conditions d'ordre scientifique, d'autres aussi sérieuses peut-être d'ordre moral. Témoin ce cas de M. Guinard « Voici une jeune femme de 28 ans, qui voyait un sein grossir démesurément, elle avait

ouï dire, je ne sais comment, que ce sein était cancéreux ne pas l'opérer dans ces conditions, c'était lui enlever tout espoir. La récidive a eu lieu au bout de six mois, c'est vrai ; mais elle avait été guérie huit jours après l'opération, et pendant ces six mois, elle a pu oublier son mal et croire qu'elle était guérie ».

L'évolution de cette forme de cancer aigu est particulièrement rapide qu'il n'y ait ou non intervention. Cependant si nous relevons les résultats thérapeutiques de nos observations, nous trouvons que la mort a eu lieu au bout de la sixième semaine (Billroth), au quatrième mois (Volkmann), quand l'opération n'a eu lieu qu'au onzième mois (Volkmann Dervaux), au quinzième mois, (Rives et Barras) quand on a eu recours à l'ablation large du sein. La survie est courte, mais il y a tout de même survie.

Quelle est donc la conduite à tenir ?

Charbonnier, conclut dans sa thèse, à l'abstention systématique. Pour Treub, au contraire, dans *la Pratique de l'art des accouchements*, de Bar « L'hipertrophie mammaire gravidique paraît avoir toujours une action aggravante sur le cancer. Ce fait ne peut avoir d'autre résultat que de renforcer l'indication de l'ablation du sein, dès que le cancer a été reconnu. Il importe de se rappeler que jamais la grossesse n'est une contre-indication à une opération quelconque pourvu que celle-ci soit vraiment nécessaire ».

Nous pensons qu'il est sage de se rallier, dans le cas où il n'y a pas de contre-indications absolues à l'avis de Dervaux. « La gravité et les raisons de récidive de ces cancers aigus sont telles qu'il y a en vérité bien peu de raisons de faire courir le moindre risque à l'enfant. Je crois que si je me trouvais encore en présence d'un cas semblable, je n'hésiterais évidemment pas à opérer dans la première partie de la grossesse, alors que le néoplasme n'a pas

encore pris son évolution aiguë, mais que vers la fin de la gestation, alors au contraire que la marche de la tumeur paraît devoir s'accélérer, je serai beaucoup plus circonspect, préférant laisser l'enfant user de tous ses avantages et remettant à plus tard le soin d'apprécier l'état maternel si gravement compromis, à une période où une seule vie, souvent hélas, irrémédiablement perdue reste en jeu ».

CONCLUSIONS

I. — Il y a parallélisme net entre la transformation de la nature des cancers du sein et la marche de l'hypertrophie mammaire gravidique. La mamelle subit, pendant la grossesse, des modifications énormes qui créent une situation toute particulière et influent considérablement sur la marche du néoplasme et sa transformation en cancer aigu.

II. — Le diagnostic ne peut être fait que par un examen anatomo-pathologique après biopsie.

III. — L'évolution est particulièrement rapide et fatale.

IV. — L'intervention ne sera autorisée que dans la première partie de la grossesse. Vers la fin de la gestation, il faudra savoir temporiser jusqu'après l'accouchement afin de sauvegarder la vie de l'enfant.

BIBLIOGRAPHIE

1862 Luecke. — Monatsschrifft für Geburts-Kunde. Berlin, Band 19, 20, p. 261.

1869 Klotz. — Thèse de Hall.

1875 Volkmann. — Beitraage Zur Chirürgie. Leipzig, p. 319.

1880 Estlander. — Rev. mens. de méd. et chir. Paris.

1880 Billroth. — Deutsche chirürgie. Euke-Stuttgard, p. 128, fol. IV.

1888 Finck. — Zeitschrift für Heilkunde, p. 463, vol. IX.

1891 Terrillon. — Bulletin général de Thérapeutique. Paris, p. 385.

1894 Reclus. — Cliniques de la pitié. Paris, p. 197.

1895 Rochard. — Union médicale. Paris, 6 juillet.

1897 Duplay. — Bulletin médical, 12 décembre.

1898 Duplay et Reclus. — Traité de chirurgie. Paris.

1899 Le Dentu et Delbet. — Traité de chirurgie.

1900 Charbonnier. — Thèse de Paris, n° 62.

1905 Guérin. — Thèse de Montpellier, 1905.

1909 Davis. — The american Journal of obstetrics, t. LIX, n° 6, juin 1909.

1909 Leitch. — The Lancet, n° 10, 4 septembre.

1910 Maffei. — Société d'anat.-path. de Bruxelles. *In* Journal méd. de Bruxelles, 27 janvier.

1911 Rives et Barras. — Montpellier médical, n° 40, p. 316.

1913 Depage. — Annales de la Société belge de chirurgie, n°s 8, 9. Novembre-décembre, p. 235.

1914 Lardennois et Moure. — Société anatomique de Paris, 6 mars, p. 94.

1914 Dervaux. — Société obstétrique de Paris, p. 271.

1914 Dévé. — Société obstétrique de Paris, p. 678.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Montpellier, le 14 mai 1920.
Le Recteur :
JEAN COULET.

VU ET APPROUVÉ :
Montpellier, le 12 mai 1920.
Pour le Doyen,
Le Professeur délégué,
M. GRANEL.

MONTPELLIER. — IMP. DE LA MANUFACTURE DE LA CHARITÉ.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !